



MEMORIA

Oggetto: DISEGNO DI LEGGE n. 1241 RECANTE MISURE DI GARANZIA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E ALTRE DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

INTRODUZIONE

Il decreto-legge liste d'attesa del giugno 2024, convertito in legge durante l'estate 2024 e già largamente criticato da questa organizzazione, è stato sin dal suo concepimento accompagnato da un DDL governativo per il contrasto al fenomeno delle liste d'attesa “*recante misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria*”.

Di seguito, si commenta l'attuale versione del DDL. Il testo è organizzato in due Capi: il Capo I (artt. 1-10) reca “Misure per la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie per la riduzione delle liste di attesa”; il Capo II (artt. 11-13) reca “Ulteriori misure in materia sanitaria”.

ANALISI DELL'ARTICOLATO E PROPOSTE

L'ART. 1 reca disposizioni in materia di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il comma 1 prevede l'obbligo del medico di attribuire, nel caso di prima visita o esame diagnostico, l'appropriata **classe di priorità**, nonché di indicare il **sospetto diagnostico**.

Non si ravvisa nella disposizione alcun elemento di novità.

Il comma 2 prevede che le Regioni e le Province Autonome promuovano misure organizzative utili a consentire che il medico specialista, che ritiene necessari ulteriori accertamenti, prenda in carico l'assistito, direttamente o attraverso la struttura sanitaria presso la quale opera.

Al fine di garantire prontamente l'erogazione delle prestazioni sanitarie si fa cenno alla “presa in carico” ma non si fa riferimento al sistema pubblico di assistenza territoriale, bensì al “medico specialista” e alla “struttura sanitaria nella quale opera” senza specificare se debba trattarsi di strutture del SSN, con rischio di peggiorare il già difficile percorso di contenimento dell'inappropriatezza sanitaria.

Emendamento:

*Si propone la seguente modifica al comma 2: “2. Fermo restando quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell’ambito delle compatibilità organizzative e finanziarie del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono misure organizzative utili a consentire che il medico specialista, **operante in struttura pubblica**, che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico, prenda in carico l’assistito, ~~direttamente o attraverso la struttura sanitaria nella quale opera~~, fino alla completa conclusione del percorso diagnostico, all’uopo implementando il sistema dei percorsi diagnostici.”*

Il comma 3 individua le **classi di priorità** (U - Urgente; B - Breve attesa; D – Differita; P - Programmabile) assegnando a ciascuna una **tempistica di erogazione** della prestazione (72h; 10gg; 30 o 60gg; 120gg).

La disposizione pare ridondante. Sarebbe preferibile operare un rinvio al codice di classificazione internazionale delle malattie (ICD- 9- CM e successive modificazioni), che introduce anche la classificazione delle procedure.

Il comma 4 prevede che le Regioni e le Province Autonome possano adottare misure nei confronti dei DG in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa. Il comma 5 prevede la possibilità di stipulare accordi contrattuali tra ASL e privato accreditato. Il comma 7 sollecita la sanità pubblica e privata accreditata all’uso della telemedicina e teleconsulto.

Questi commi non presentano elementi di novità rispetto alla legislazione vigente: se ne suggerisce l’eliminazione o l’inserimento di altre indicazioni più di dettaglio e stringenti.

Il comma 6 prevede che i direttori regionali della sanità elaborino le direttive per la predisposizione, a livello aziendale, di piani strategici annuali, con l’analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva di quella delle aziende ospedaliere e degli erogatori privati accreditati. I DG delle aziende sanitarie locali e ospedaliere elaborano di conseguenza i propri piani strategici annuali, la cui vigilanza compete ai direttori regionali.

Si noti che le aziende ospedaliere non hanno una “propria” popolazione di assistiti. Inoltre, l’articolo fa riferimento ad enti erogatori privati accreditati: l’utilizzo di privati accreditati al di fuori degli accordi contrattuali introduce la possibilità di erogare prestazioni extra budget non coerenti con il fabbisogno né con la programmazione regionale né con la sostenibilità economica del SSN. L’attuazione dei piani strategici annuali elaborati e validati “rileva ai fini della valutazione dell’attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali”.

L’articolo prosegue il processo di legificazione dei contenuti del PNGLA 2019-21 già operato con il DL 73/24 cd “Liste di attesa”. In particolare, in questo articolo sono riportati i percorsi prescrittivi già oggetto dell’Accordo Stato Regioni sul PNGLA e sul Modello RAO (raggruppamenti di attesa omogenea). Si interviene esclusivamente sulla specialistica ambulatoriale e solo sulle prime visite, anche se il PNGLA in realtà afferma che il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutti e tre i raggruppamenti oggetto del Piano (specialistica ambulatoriale, prestazioni in regime di ricovero e prestazioni inserite in PDTA in area cardiovascolare e oncologica). Nel DDL nulla è indicato sui follow up e sulle modalità della presa in carico successiva del paziente (agende dedicate come previsto dal PNGLA).

L'ART. 2 prevede l'istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di Governo delle liste di attesa (SINGLA)

Il comma 1 istituisce il SINGLA Presso il Ministero della salute. SINGLA consiste in un insieme di strutture finalizzate ad implementare l'efficacia del coordinamento di livello nazionale per la riduzione e il superamento delle liste di attesa, attualmente distribuite tra vari soggetti (Min. Salute, ISS, Agenas, Osservatori, Comitato LEA) - riportandoli ad unità organizzativa e con forza di legge. La norma individua le funzioni e le competenze delle strutture del SINGLA.

Gli obiettivi sono condivisibili, ma mancano le modalità e gli strumenti operativi di realizzazione, la distribuzione delle specifiche responsabilità, nonché i finanziamenti, poiché il comma 4 reca clausola di invarianza finanziaria. Si noti che il SINGLA dovrà operare il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa sulla base dei dati della Piattaforma, ancora in attesa di essere istituita presso AGENAS, anche al fine di definire Linee di indirizzo per le regioni e le province autonome, in linea con il PNGLA.

Il comma 2 individua la composizione della Cabina di Regia (CdR) del SINGLA. La disposizione si limita a sistematizzare le funzioni già attualmente svolte dal Ministero della salute in materia di governo delle liste d'attesa.

Tra i soggetti che possono essere invitati alle sedute della CdR manca del tutto il riferimento alle OO.SS. confederali e/o di categoria comparativamente più rappresentative. Vi è invece un generico riferimento agli "altri rappresentanti di interessi maggiormente rappresentativi". Si nota la persistente operazione del Governo di non considerare le OO.SS. confederali come interlocutori, diluendo il dialogo sociale nella rappresentanza di interessi particolari senza mai misurarne la rappresentatività.

Proposta di emendamento: Si richiede l'inserimento delle OO.SS. comparativamente più rappresentative tra i soggetti invitati alla CdR.

L'ART. 3 istituisce il Registro delle segnalazioni e prevede le funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa

Secondo il comma 1, è istituito il nuovo "Registro delle segnalazioni" presso il Ministero della salute, a cui accedono i cittadini per segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni. La data d'inizio del funzionamento sarà segnalata in G.U.

Premessa la scarsa utilità di un simile strumento, l'accessibilità ad esso andrà tuttavia garantita a tutte le persone, incluse coloro a rischio esclusione perché prive di competenze o accesso a strumenti digitali. Sarebbe opportuno garantire formazione, presidi e accessi sul territorio anche attraverso l'attuazione del DM 77/2022.

Il comma 2 reca la copertura finanziari per l'istituzione del Registro (305.000 euro per l'anno 2025) e per il suo mantenimento (40.000 euro annui) a decorrere dall'anno 2025.

Il comma 3 demanda a futuro decreto l'istituzione e l'organizzazione del nuovo "Osservatorio nazionale delle liste di attesa".

Anche in questo caso, il testo prevede la partecipazione dei "rappresentati delle organizzazioni civiche di tutela della salute" ma non delle OO.SS. comparativamente più rappresentative all'Osservatorio.

Proposta di emendamento: i richiede l'inserimento delle OO.SS. comparativamente più rappresentative tra i soggetti che partecipano all'Osservatorio.

L'ART. 4 reca disposizioni relative agli specialisti ambulatoriali interni per ridurre le liste d'attesa.

Il comma 1 prevede che le aziende e gli enti del SSN possano avvalersi di specialisti ambulatoriali (**convenzionati**) interni, già in servizio a tempo indeterminato, su base volontaria, anche in deroga a quanto previsto dall'art 20 c. 1 dell'ACN.

Secondo il comma 2, per le prestazioni di cui al c.1 la **tariffa oraria** può essere **incrementata fino a 100 euro lordi** onnicomprensivi.

Secondo il comma 3, per le finalità di cui sopra, si provvede, nel **limite di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026.**

La norma prevede un beneficio economico per gli specialisti ambulatoriali interni a tempo indeterminato, distraendo risorse all'obiettivo delle assunzioni di personale dipendente. Il Governo auspica la riduzione delle liste d'attesa "attraverso il realistico impiego di 9.800 specialisti ambulatoriali convenzionati interni su circa 18.000 specialisti attualmente in servizio a tempo indeterminato, ciascuno dei quali dedicherà almeno due ore settimanali di orario aggiuntivo per un anno" (cit. Relazione tecnica al DDL). Trattandosi di un intervento su base volontaria degli specialisti, la stima fatta dal Governo potrebbe non essere verosimile, convinti del fatto che l'aspetto economico sia importante ma maggiormente rilevante e necessario dovrebbe essere la previsione di misure per il migliorare le organizzazioni del lavoro e, con esse, le condizioni lavorative. Aspetti questi non presenti in nessun articolo del DDL.

L'ART. 5 reca disposizioni relative al conferimento di incarichi libero-professionali ai medici in formazione specialistica.

L'articolo aumenta il monte ore che i **medici specializzandi** possono impiegare, su base volontaria e in regime libero-professionale o co.co.co., presso i servizi del SSN: si passa da un massimo di 8 ad un **massimo di 10 ore settimanali**. La misura viene resa **strutturale** e cessa di essere una sperimentazione (precedentemente prevista ad esaurimento a fine 2025).

Il Governo prosegue con le iniziative normative volte a favorire "la possibilità per gli enti e le aziende del SSN di ricorrere a forme di lavoro flessibili" (cit. Relazione illustrative), che

ampliano gli spazi di “acquisto di prestazioni” in luogo di nuove assunzioni, e dunque di lavoro precario e discontinuo; osservazione, quest’ultima, riferita all’impatto che la discontinuità comporta in termini organizzativi e sulla qualità del servizio.

L’aumento di ore di lavoro in libera professione o co.co.co. degli specializzanti è, per questi ultimi, attraente solo in ragione dell’esiguità delle borse di specializzazione. La formazione viene invece pregiudicata dalla necessità del “doppio lavoro”.

La misura, prevista come sperimentale e sperimentata appunto in via eccezionale negli scorsi anni, anche considerata la carenza di professionisti nel SSN, diventa ora strutturale, a testimonianza della scarsa capacità di pianificazione dei piani di assunzione negli enti del SSN.

L’ART. 6 reca disposizioni relative al reclutamento del personale sanitario, affermando di perseguire lo scopo di contrastare il fenomeno dei c.d. “gettonisti” e reinternalizzare i servizi sanitari appaltati ad operatori economici privati. Lo scopo viene perseguito derogando all’art. 7 comma 5-bis del d.lgs. 165/2001. Le regioni, le province autonome e gli enti del SSN potranno, cioè, reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie attraverso **contratti di co.co.co.**

Se l’obiettivo di reinternalizzare prestazioni e servizi ad oggi affidati a soggetti esterni è condivisibile, pare tuttavia contraddittorio suggerire di procedere al reclutamento del personale attraverso contratti di co.co.co., e non attraverso rapporti di lavoro subordinato alle dipendenze del SSN.

La relazione tecnica afferma che “La disposizione (...) non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto trattandosi di lavoro flessibile, si ricorre all’applicazione della normativa vigente ai sensi dell’art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010, (...)”. La norma dispone che tale possibilità deve comunque avvenire nel rispetto dei limiti di spesa di cui al DL 78/10 sui tempi determinati, utilizzando quindi spazi che sarebbero dovuti essere disponibili per il reclutamento a tempo determinato. Il DDL Bilancio 2025 (versione 22/10) riduce la percentuale di finanziamento sul pil rispetto alla LB 2024 per la determinazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale. Non si superano i tetti di spesa per le assunzioni di personale, e nei fatti si accelera sulla privatizzazione di parte del SSN.

L’ART. 7 reca disposizioni sui limiti di spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.

Il comma 1 **incrementa le risorse che possono essere utilizzate per acquistare prestazioni da detti soggetti.** In particolare, il tetto di spesa previsto viene aumentato dello 0,5% (circa 61,5 milioni di euro) per il 2025 e dell’1% (circa 123 milioni di euro) a decorrere dall’anno 2026.

Pare grave l’incremento di spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie da parte di soggetti privati accreditati, aumentato stabilmente di 1 punto percentuale a partire dal 2026. Tale

deroga va aggiunta ai contenuti della Legge di Bilancio 2024, che ha già disposto una deroga complessiva per il triennio 2024-26 di circa 1 mld di cui 490 mln dal 2026. Da rivalutare, alla luce della norma inserita nel DDL bilancio (art. 48 co.1) proposto dal Governo alle Camere il 23 ottobre 2024, se sarà confermata come ulteriore aumento o meno.

Il comma 2 afferma che risorse devono essere **prioritariamente destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso (PS)** ed inserite nella rete dell'emergenza (prestazioni conseguenti l'accesso in PS con codice rosso o arancio).

A causa del sottofinanziamento del FSN si è creata, negli anni, una forte carenza di medici di emergenza e urgenza, che ha determinato una difficoltà a far fronte alla domanda di assistenza in aumento. Il comma, invece di porsi l'obiettivo di finanziare adeguatamente i servizi di emergenza/urgenza pubblici, concede ai privati accreditati questa opportunità. Permane l'assenza di visione e strategia politica a supporto della sanità pubblica.

Tale previsione, con tutta probabilità, aumenterà l'inappropriatezza sanitaria, rendendone più complicato il governo e sprecando il duro lavoro svolto fino ad oggi.

L'ART. 9 prevede la riorganizzazione della rete dei laboratori del SSN.

Con futuro decreto, il comma 1 dispone che saranno individuati criteri nazionali per il raggiungimento dei valori soglia di prestazioni, ai fini dell'adeguamento della rete delle strutture (a pena di decadenza dall'accREDITAMENTO con il SSN), favorendo il ricorso a modelli di aggregazione anche contrattuali (contratti di rete), in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale.

Il comma 2 consente agli **erogatori di prestazioni laboratoristiche autorizzati** lo svolgimento di **prestazioni in telemedicina**. Dalla disposizione non derivano nuovi oneri per la finanza pubblica perché questi sono previsti totalmente a carico degli utenti.

*La disposizione prevede la possibilità, per gli erogatori privati accreditati, di utilizzare lo strumento dei **contratti di rete**, già previsto per il DM 70/15, finalizzato a raggiungere i valori soglia. Al comma 2 viene inoltre prevista la possibilità, per i laboratori già accreditati, di svolgere prestazioni in telemedicina, secondo modalità tecniche e organizzative da determinarsi con DM entro 60 giorni. Riteniamo che la proposta debba essere necessariamente armonizzata con l'attuazione del DM 77/2022, creando le premesse per una reale presa in carico delle persone, superando la miope logica della sola erogazione di prestazioni.*

L'ART. 10 contiene misure premiali e valutazione degli obiettivi per la riduzione delle liste di attesa.

Le misure premiali rivolte **alle regioni** che garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione dei LEA (comma 1), **ai direttori regionali** (comma 2) **della sanità e ai direttori generali, amministrativi, sanitari e di struttura complessa** delle aziende e degli enti del SSN, in relazione ai risultati conseguiti rispetto ai tempi di attesa e riduzione delle liste d'attesa. Le misure premiali consistono in **indennità di risultato** condizionate al raggiungimento degli obiettivi annuali loro assegnati non inferiore al 30%. Le risorse sono a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN.

Pare positivo l'uso di misure premiali in luogo di misure sanzionatorie. Tuttavia, prevedere una quota di premialità aggiuntiva al finanziamento delle risorse regionali in virtù della riduzione delle liste d'attesa", senza però agire sulle cause che affliggono le regioni più in difficoltà e causano i ritardi strutturali nel soddisfacimento dei bisogni di cura, non solo rischia di cristallizzare le diseguaglianze tra regioni, ma esse si acuiranno, così come si inasprirà il fenomeno del c.d. "pendolarismo sanitario".

L'ART. 11 reca disposizioni per il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale (DSM). Il comma 1 dispone che aziende ed enti del SSN, inclusi quelli in Regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro, previa autorizzazione della DG regionale della sanità, sono **autorizzati ad assumere a tempo indeterminato complessivamente:**

- a) nel 2015: 44 medici psichiatri, n. 36 neuropsichiatri infantili, n. 34 psicologi, n. 100 tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali;
- b) nel 2026: n. 7 medici psichiatri, n. 6 neuropsichiatri infantili, n. 6 psicologi, n. 14 tra educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e assistenti sociali.

L'intervento è di maquillage e troppo limitato rispetto all'effettivo fabbisogno.

Fondamentale è la promozione ed il potenziamento di servizi territoriali di prossimità capaci di mettere in atto politiche e pratiche di presa in carico globale e continuativa, con un coinvolgimento delle comunità, al fine di garantire percorsi di inclusione sociale nel suo complesso.

L'ART. 12 prevede l'istituzione della Scuola Nazionale dell'Alta Amministrazione Sanitaria (SNAAS)

Il comma 1 prevede l'istituzione dal 2025 della SNAAS presso il Ministero della Salute. Entro 90 giorni con decreto sono definiti i principi, i criteri istitutivi e i compiti. **Spesa autorizzata: 1 milione di euro per l'anno 2025 e di 950.000 euro annui a decorrere dall'anno 2026.**

*L'articolo crea un doppione: esiste già la **Scuola Nazionale dell'Amministrazione**. Il 16 febbraio 2015 è stato siglato un Protocollo d'Intesa tra Agenas e quest'ultima, finalizzato alla*

*realizzazione di un Programma speciale per la formazione manageriale in ambito sanitario.
Si chiede dunque l'eliminazione dell'art. 12.*